

## SUS: ENTENDA-O, AME-O OU DEIXE-O

Silvana de Figueiredo Sanchez ROSALEN\*

**RESUMO:** No artigo, que ora apresentamos, discorreremos sobre o tema da Saúde Pública no Brasil. Seu objeto de estudo, neste escopo, foi o Sistema Único de Saúde – SUS. Inicialmente, fizemos um capítulo dedicado a sua definição e a importância da existência um sistema público de saúde na contemporaneidade. Em um segundo momento, analisamos o dilema envolvendo os problemas gerados por uma provável privatização do SUS. Por fim, discorreremos sobre o fato da saúde ser um direito garantido pelo Estado; neste último capítulo fizemos uma comparação entre o Brasil e os EUA. Deste modo, desejamos abrir espaço para uma reflexão sobre o direito à vida, legalmente garantido no Art. 5º, caput da Constituição Federal Brasileira de 1988, que “assegura a todos aos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil, o direito à vida” (BRASIL, 2011a, p.3).

**PALAVRAS-CHAVES:** Privatização da Saúde. Saúde Pública. SUS.

---

\* MACKENZIE – Universidade Presbiteriana Mackenzie. Faculdade de Tecnologia – Processamento de Dados. São Paulo – SP – Brasil. 01302-907. SEE – Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. DEOSASCO – Diretoria de Ensino Região Osasco. Osasco – SP – 06030-060. Blog: [silvanarosalen.blogspot.com](http://silvanarosalen.blogspot.com). [silvana-rosalen@hotmail.com](mailto:silvana-rosalen@hotmail.com).

## O QUE É O SUS E QUAL A IMPORTÂNCIA DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: DEFINIÇÃO

Entre as diretrizes da Constituição Federal – CF de 1988, estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro. Baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, estabeleceu-se três aspectos principais sobre a saúde:

- a. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes: o meio físico (condições geográficas, água, habitação); o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação); fatores biológicos (idade, sexo, herança genética) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso implica que, para se ter saúde, são necessárias ações em vários setores, o que só uma política pública integrada pode assegurar;
- b. A CF legitima o direito às ações de saúde em todos os níveis, sem qualquer discriminação, sob a responsabilidade do Estado. Logo, a única condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é precisar deles;
- c. O Sistema Único de Saúde – SUS é estabelecido com caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. Os serviços particulares conveniados e contratados passam a ser complementares e sob diretrizes do SUS.

Definimos o SUS como o sistema oficial de saúde no Brasil, ele segue a mesma doutrina, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou instituição, mas um sistema que significa o conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes executam, ao mesmo tempo, promoção, proteção e recuperação da saúde de quem dela precisar no território nacional.

O SUS funciona sob a égide dos seguintes princípios constitucionais:

1. Universalidade: a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo cidadão. Com a universalidade, o indivíduo tem acesso a todos os serviços públicos de saúde;
2. Equidade: assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, mais o indivíduo onde morar, sem privilégios ou barreiras;
3. Integralidade: o reconhecimento na prática que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As unidades prestadoras e ações, também, formam um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência total e o homem, por ser único, deverá ser atendido integralmente em questões de sua saúde;
4. Resolubilidade: a exigência de que, quando uma pessoa busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre saúde, o serviço correspondente tem que estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência;
5. Controle Social: a sociedade controlando a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
6. Descentralidade: a redistribuição das responsabilidades entre os três entes federados.

Vale ressaltar que, os recursos federais para o SUS provêm do orçamento da Seguridade Social (que também financia a Previdência Social e a Assistência Social) acrescidos de outros recursos da União, constantes da Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO, aprovada anualmente pelo Congresso Nacional. Esses recursos, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retida para investimento e cus-

teio das ações federais e a outra é repassada às secretarias de saúde, estaduais e municipais, entre outros. Essa distribuição dos recursos é feita via alguns tipos de *repasses* conforme tabela 1. Deduzimos que, para sabermos uma receita direcionada ao SUS, precisamos consultar a LDO do órgão analisado que, conforme o princípio da publicidade, deve estar disponível no site oficial do mesmo, preservando o conceito de transparência da Administração Pública.

**Tabela 1:** Recursos do SUS

Recursos Federais do SUS (por Município) – oriundos do Fundo Nacional de Saúde para as transferências a municípios e dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Ambulatoriais (SIA/SUS), do SUS.	Valores aprovados da produção SUS (por Prestador) – Os dados disponíveis são oriundos dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Ambulatoriais (SIA/SUS) do SUS.
<p>SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde</p> <p>Tabulação de dados sobre os orçamentos públicos relativos ao SUS declarados pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios objetivando proporcionar a toda a população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área.</p> <p>O banco de dados do SIOPS é alimentado diretamente pelas unidades da federação e municípios, por meio de software desenvolvido pelo DATASUS.</p>	<p>BDAIH – Informações relativas ao processamento de AIHs até a competência de março de 2006. O BDAIH é um Banco com Dados Armazenados de cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema Único de Saúde. Era uma das formas de disponibilizar os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Contém a quantidade de AIHs apresentadas e valores efetivamente pagos por competência. Compreende também o Cadastro de Hospitais e o Cadastro de Terceiros utilizados até a implantação do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.</p>

<p>Transferências a Municípios – Informações sobre a transferência fundo a fundo para os municípios pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS/MS. A transferência Fundo a Fundo consiste no repasse de valores, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e Municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário estabelecidas na NOB 01/96 e NOAS 01/2001. Destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para a Atenção Básica (PAB fixo e PAB variável) e para os procedimentos de Média e Alta Complexidade.</p>	<p>Créditos a Prestadores – consulta a créditos por CNPJ/CPF ou por UG/GESTÃO. Os dados disponíveis são do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. As informações são processadas pelo DATASUS, que utiliza os dados enviados pelas Secretarias Estaduais e Municipais em gestão plena.</p>
	<p>GAP – Guia de Autorização de Pagamento – Tabulações sobre a extinta GAP que existiu até o final de 1997. Os dados disponíveis, relativos aos pagamentos feitos pelo SUS cobrados através do documento GAP eram gerados a partir das informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, através do Sistema de Informações da Guia de Autorização de Pagamento – GAP/SUS.</p>

**Fonte:** Brasil (2011b).

## IMPORTÂNCIA DO SUS

O SUS é importante desde sua implantação, porque melhora a qualidade da atenção à saúde, muito genérica antes de sua implantação, rompendo com um passado de descompromisso social e irracionalidade técnico-administrativa.

Ele assegura a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva. Saúde é direito de cidadania e dever do Estado. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Indiscutivelmente, suas ações de promoção, recuperação e proteção de saúde, são vitais para as pessoas – uma questão de humanidade – o SUS é uma política de Defesa da Vida.

O Brasil é o único país do mundo com um sistema dessa magnitude, os dados da tabela 2 mostram a sua dimensão. Em 2009, foram 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano e 11 milhões de internações. Porém, uma análise mais crítica nos faz pensar que ele é grande porque existe muita pobreza – só um país com muita desigualdade social precisa ter um sistema tão abrangente. Ele é o atestado de que nossa população não tem condições financeiras mínimas para assegurar sua saúde e seu bem estar físico.

Provavelmente, a taxa de crescimento da população brasileira e aumento da sua longevidade (conforme observa-se na figura 1) impactará o SUS, porque segundo o IBGE, a população brasileira será de 215.287.463 pessoas em 2050 e os idosos de 65 anos e mais deverão passar de 10 milhões para 50 milhões entre 2000 e 2050 e os idosos de 80 anos e mais deverão passar de 1,7 milhão para quase 14 milhões no mesmo período. Dentre outras variáveis, esse fato aumentará a demanda do SUS, estrategicamente, o governo precisa tomar atitudes preventivas para que o sistema não entre em colapso e a população fique sem atendimento médico por exemplo.

A importância do SUS, também, está atrelada ao fato dele ter sua efetividade garantida no futuro, muita responsabilidade aos gestores do sistema que vêm pensando em privatizações como uma

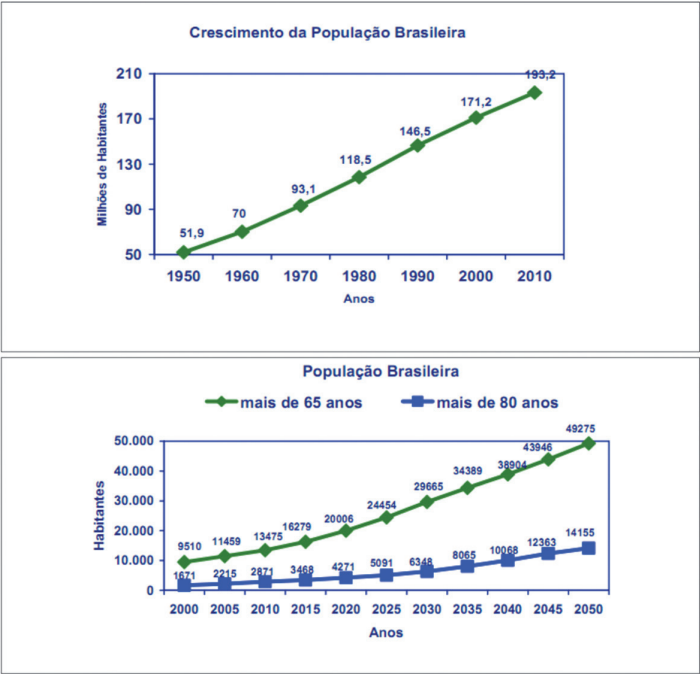
forma de sanar o problema de atendimento, acima descrito, e a manutenção da qualidade do mesmo.

Tabela 2: Dimensão do SUS

6,1 mil hospitais credenciados	45 mil unidades de atenção primária
30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF)	2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais
19 mil transplantes	236 mil cirurgias cardíacas
9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia	11 milhões de internações.

Fonte: Brasil (2011c).

Figura 1: Crescimento Populacional Brasileiro



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050- Revisão 2008.

## PROBLEMAS GERADOS POR UMA PROVÁVEL PRIVATIZAÇÃO

Nesses 22 anos de existência, faz-se necessário algumas reflexões sobre o aprimoramento do SUS para que ele continue a manter seu caráter universal, entre outros princípios já vistos e levando em conta projeções de crescimento dos seus atendimentos.

A CF no art. 197 definiu que, quando por insuficiência do setor público, será necessária a contratação de serviços privados: “[...] cabendo ao Poder Público dispor,[...] sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (BRASIL, 2011a, p.147). Dentre os serviços privados, dever ter preferência os serviços não lucrativos, assim, cada gestor deverá planejar, primeiramente, o setor público, e, na sequência, completar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos serviços de saúde conveniados e contratos. Uma questão que chama a atenção é a necessidade de controle que o SUS deve ter. Segundo a CF, quem deve controlar o SUS é a população, o poder legislativo e cada gestor na sua esfera de governo. A população deve ter conhecimento de seus direitos e reivindicá-los ao gestor local do SUS, sempre que os mesmos não forem respeitados. Para tal, existe a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde que “[...] dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (BRASIL, 1990).

Em relação à privatização do SUS, de acordo com pesquisa bibliografia em textos acadêmicos, informações oficiais, notícias publicadas na mídia e pareceres de ONGs; concluímos que há o bloco que prega a existência de interesses políticos partidários para que o SUS seja privatizado e outro defende que ela é a única solução para os problemas do SUS.



De acordo com o encontro temático sobre Gestão do Sistema de Saúde<sup>1</sup> promovido pelo CEPAM em 2011, precisamos discutirmos os dilemas, problemas e soluções do SUS. Neste encontro, o professor Áquila Nogueira Mendes<sup>2</sup>, disse que o Estado precisa focar em políticas de prevenção, saneamento e gestão do SUS, e, que 80% dos recursos do sistema vai para Recursos Humanos – RH, havendo necessidade de gastar bem o pouco que se tem. Ele ilustra a facção que é a favor da manutenção da gestão atual do SUS, quem pensa desta forma afirma que a privatização está intimamente ligada a obtenção de vantagens financeiras e controle político. Assim, o SUS passará de protagonista a coadjuvante sendo mais uma massa de manobra do que um sistema de assistência ao cidadão – a saúde pública será um produto no Mercado, como acontece com a comercialização dos planos de saúde privados. Agregado a isso, os partidários dessa opinião, negam o poder de participação da sociedade via Conselhos e Conferências de Saúde, e, afirmam serem as instituições do Estado incompetentes no controle dos custos repassados e/ou qualidade dos serviços de saúde prestados pelos terceiros. No Conselho Nacional de Secretários de Saúde, discutiu-se o assunto: “Há indícios de que a marcha ascensional dos gastos públicos com saúde no Brasil (em 1975 a proporção de gastos privados era 33% e 60% em 2005) não corresponde a aumentos ou reduções uniformes de coberturas, nem expressa a capacidade individual de pagamento da população.” (BRASIL, 2007), porém, nenhuma ação efetiva foi tomada até os dias atuais.

Do outro lado, temos os defensores da Privatização, fundamentados nas leis federais 9.637/98 e 11.079/04, nas quais as organizações sociais – OS e Parcerias Público Privadas – PPPs, respectivamente, são qualificadas à proteção e preservação da

---

<sup>1</sup> Mais de 150 secretários, vereadores, coordenadores e dirigentes municipais de saúde participaram no dia 25 de fevereiro de 2011, do encontro temático sobre Gestão do Sistema de Saúde Municipal – Dilemas, Problemas e Soluções, no auditório do Cepam, com transmissão ao vivo pela Internet.

<sup>2</sup> Aquilas Mendes (2005) trabalhou no CEPAM, ocupando de chefia de área, hoje é professor universitário.

saúde. Podemos citar o parecer que Januário Montone<sup>3</sup> fez no mesmo encontro temático referido acima, no qual ele defende as parcerias público-privadas na área da Saúde como “[...] o modelo de parcerias é inerente ao Sistema Único de Saúde [...]. O convênio é um instrumento essencial das políticas do SUS.” (MONTONE, 2011). Ele fundamenta-se em dados da secretaria de saúde de São Paulo, cujo convênio é essencial para suas políticas do SUS. Hoje, ela possui cinco contratos de gestão para serviços de diagnóstico por imagens com duas OS’s, cinco contratos de gestão de hospitais municipais com cinco OS’s, 15 prontos-socorros municipais com sete OS’s. Juntando outros pontos de vista favoráveis, a privatização precisaria focar no aprimoramento de seu modelo de governança para conseguir aumentar a receita via financiamento e políticas de incentivos fiscais, como o alívio do COFINS por exemplo. Portanto, o caráter democrático do SUS estaria em sua integração a outros setores da sociedade, sejam eles públicos, privados (educação, assistência social, rede privada de saúde) ou o terceiro setor. O controle via entidades como os Conselhos e Conferências de Saúde juntamente aos Tribunais de Contas seria legítimo, porque tudo isso ajudaria a garantir que o SUS funcione 100% no futuro.

Concluimos que esses dois grandes blocos ideológicos, metaforicamente definidos como – SUS ame-o ou deixe-o; mostram que, na esfera das discussões políticas, há extremismos e que urge o nascimento de uma moderação, uma força que consiga se apropriar de ideias construtivas de ambas as partes e formular um projeto de coalizão. Acreditamos ser esse o caminho, porque o objeto de estudo é maior que o jogo político onde há uma disputa de poder e dinheiro. O objeto do SUS são vidas humanas e o sofrimento que pessoas podem sofrer pela negligência do governo em priorizá-las nos mostra o quanto são desperdiçados tempo e recursos (humanos e financeiros) na Administração Pública brasileira.

---

<sup>3</sup> Secretário municipal da Saúde de São Paulo em 2011.

## **A SAÚDE DEVE SER UM DIREITO GARANTIDO COMPARANDO BRASIL E EUA**

Para explicar a questão sobre o Estado garantindo a saúde da população comparando o Brasil ao EUA, vamos antes contextualizar o funcionamento distinto que ocorre neste país na contemporaneidade. As informações sobre esse assunto basearam-se em reportagem da BBC Brasil na Internet.

### **SAÚDE NOS EUA**

Os Estados Unidos – EUA não contam com um sistema de saúde de cobertura universal. Cada cidadão tem que adquirir seu próprio seguro de saúde. A maioria dos americanos consegue cobertura através de seus empregadores, mas outros buscam esquemas de seguro privado. Pelos termos da maioria dos planos de saúde, os participantes fazem pagamentos regulares, mas, às vezes, também têm que pagar parte do custo de seu tratamento antes que a seguradora pague as despesas. O montante que pagam varia conforme o plano. Neste cenário, os americanos com 65 anos de idade ou mais podem se inscrever no esquema Medicare, que é administrado pelo governo. Famílias com baixa renda, crianças, mulheres grávidas e pessoas com determinadas deficiências qualificam-se para um outro programa, o Medicaid. O governo dos EUA também administra o Programa de Seguro de Saúde para Crianças (S-Chip), que dá cobertura a crianças cujos pais têm renda baixa mas não são suficientemente pobres para se qualificar para o Medicaid. Veteranos das Forças Armadas também contam com assistência médica fornecida por um esquema governamental.

### **UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E EUA**

Os EUA possuem um sistema antagônico ao do Brasil no aspecto da Universalidade da saúde pública, porque o sistema esta-

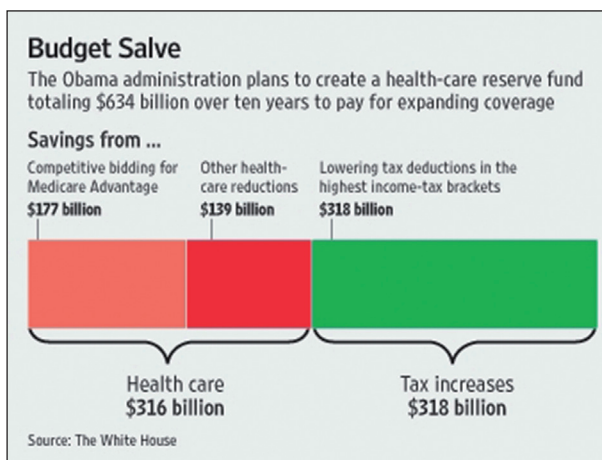
dunidense está focado no uso privado da saúde, ao qual, só tem benefícios quem pode pagar por eles, cabendo ao Estado a cobertura a uma faixa restrita da população de extrema pobreza, segundo o padrão *american way of life*<sup>4</sup>; já no Brasil temos a saúde como direito a todos e é obrigação do Estado proporcionar tratamento a todos no território nacional – o SUS.

Atualmente, nos EUA os custos com a assistência médica para cada pessoa assistida estão aumentando drasticamente. Os gastos em esquemas fornecidos por empregadores aumentaram quatro vezes mais rápido do que os salários e agora custam o dobro do registrado há nove anos conforme reportagem BBC Brasil (BBC, 2009). Segundo dados desta reportagem, os EUA como um todo gastaram cerca de US\$ 2,2 trilhões em assistência médica em 2007 – 16,2% do Produto Interno Bruto – PIB, quase o dobro da média dos outros países da OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Com o aumento dos custos, um número cada vez maior de pessoas nos Estados Unidos não consegue adquirir seguro de saúde. Dezenas de milhões de americanos não possuem seguro e milhões são considerados “sub-segurados”. Quando uma pessoa sem seguro (ou com cobertura inadequada) fica doente, ela tem a obrigação de arcar com todos os custos de assistência médica.

---

<sup>4</sup> *American way of life* é uma expressão referente a um suposto “estilo de vida” praticado pelos habitantes dos EUA. É um exemplo de uma modalidade comportamental desenvolvida no século 18.

**Figura 3: Reforma Obama**



**Fonte:** The White House, U.S. Department of Health & Human Services, 2009

O então presidente dos EUA, Barak Obama, disse que quer a aprovação de uma reforma da saúde até o fim de 2011, conforme dados da The White House, metade de todos os casos de inadimplência nos Estados Unidos é, em parte, resultado de despesas médicas. O aumento dos custos também faz com que o governo gaste mais e mais em Medicare e Medicaid. Projeções indicam que os gastos do governo americano com os dois esquemas aumentem de 4% do PIB em 2007 para 12% em 2050, o que faz com que os custos com assistência médica sejam o maior fator para o crescimento do déficit orçamentário americano. O orçamento apresentado por Obama (Figura 3) ao Congresso em fevereiro de 2009 previu o aporte de 634 bilhões de dólares para a saúde na próxima década (EUA, 2009). Parte desses recursos seria gerada pela redução das deduções nos impostos devidos pelas pessoas situadas nas faixas mais altas de renda (acima de 250.000 dólares anuais) e outra parcela pela redução de gastos com os atuais programas públicos (especialmente o Medicare).

O censo dos Estados Unidos estimou que 46,3 milhões de pessoas – de uma população de 300 milhões – não tinham seguro em

2008. Os partidários da reforma no sistema usam este dado com frequência para mostrar que o sistema está deixando de lado muitos americanos e precisa ser modificado. Obama quer dar mais segurança e estabilidade aos americanos que possuem seguro de saúde, dar seguro aos que não têm, e conter o aumento dos custos com assistência médica. O presidente americano apóia regras mais rigorosas para a indústria seguradora, garantindo que as pessoas com doenças pré-existentes não tenham cobertura recusada, e impedindo que as seguradoras abandonem a cobertura de clientes quando eles ficam doentes. Para os empregadores que não oferecem cobertura, Obama quer criar a Bolsa de Seguros de Saúde, onde as pessoas podem comparar diferentes opções com facilidade. O governo quer ainda criar um plano público de saúde para competir com o setor privado – uma “opção pública”. Pelo plano de Obama, todos os americanos terão que obter seguro ou serão multados. Pessoas carentes receberão subsídios para ajudá-los a pagar pela cobertura. O presidente pagaria pela reforma reduzindo o desperdício no atual programa Medicare, ou cobrando taxas de empresas seguradoras que oferecem planos sofisticados.

Segundo Lígia Bahia (1997)<sup>5</sup>, “[...] no Brasil, ao contrário do que ocorre nos EUA não há contemporaneamente, registros claros de divergências sobre os rumos do sistema de saúde nem entre partidos políticos nem entre formuladores e executores de políticas, nem entre especialistas.” Ela questiona o fato, que apoiamos, sobre a política brasileira a qual se perde em debates, fóruns e afins, mas pouco de concreto faz por reformas no SUS. Não há propostas brasileiras que realmente beneficiem os cidadãos. O dilema da privatização, visto no capítulo anterior, fragmenta a opinião pública e o Estado não regula eficazmente ou potencializa o trabalho dos serviços de saúde brasileiros. Os republicanos e democratas americanos parecem concordar em decidir conjuntamente quando, apesar de opostos, sabem que as decisões sobre o sistema de saúde devem ser realizadas por médicos e pacientes – não pelos burocratas do gover-

---

<sup>5</sup> Lígia Bahia é ex-diretora do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

no. O que não acontece no Brasil, as divergências sobre o SUS são usadas para adiar reformas, não existe uma força moderadora, somente um discurso vazio.

Concordamos que a saúde deve ser um direito garantido pelo governo e que deve-se deixar de lado partidarismos políticos. O trabalho conjunto entre governo, setor privado, sociedade e terceiro setor poderá tornar qualquer sistema de saúde melhor para todos os cidadãos. Porém, o debate brasileiro oscila entre teses universalizantes e racionalizadoras, uma proposta feita por Lígia Bahia (1997)<sup>6</sup> na qual ocorre um ressarcimento das companhias seguros de saúde privados ao SUS quando seus segurados utilizam os sistema, mostra-se como um mecanismo inteligente de captação de recursos sem que o contribuinte precise pagar por isso. Mas, não há indícios que essa proposta seja adotada, Lígia Bahia afirma que:

Com isso, eu não estou repelindo o setor privado, porque num país como o Brasil ele tem um papel importante. Mas estou dizendo que, de alguma maneira, no meu modo de entender, é prioritária a reconstituição de um sistema público de saúde dos hospitais universitários, dos hospitais públicos e das Santas Casas em que há tanta dificuldade, muitas vezes, para que nós possamos efetivamente, ter uma estrutura que garanta os atendimentos aqueles que não têm recurso. Os que têm recursos, crescentemente usarão outros mecanismos, e os seguros de saúde, mecanismos existentes em todas as sociedades é que deverão, por consequência, diminuir o peso sobre o SUS. O que não é justo é que esse peso recaia também sobre o SUS, porque aí o que se estará fazendo é uma coisa oposta à equidade, utilizando recursos que deveriam ser para os que não têm para aqueles que têm. Eu acho que os que dispõem de recursos não têm por que apelar para a gratuidade da saúde, se eles têm condições de pagar um seguro. Não se pode, em nome de um valor abstrato, na prática, prejudicar a maioria mais carente e mais pobre. Isso é hipocrisia, não é crença em nenhum valor defensável do ponto de vista filosófico.

---

<sup>6</sup> Conselho Nacional de Saúde, Ata da Sexagésima Segunda Reunião Ordinária, 5 de fevereiro de 1997.

Concluímos que, a saúde, enquanto fator que garante a vida, deve ser prioridade a qualquer Estado Democrático. Uma vez que o Povo, representado pelos seus eleitos, é quem detem o poder soberano de uma nação, assegurar sua saúde é condição fundamental para a existência de um país. Procurar soluções práticas e levar em conta as especificidade de cada povo e sistema são de grande valia na busca de soluções para quaisquer tipo de problema público. A diferença está em: como os governantes articulam forças políticas, apesar das pressões das elites; na visão estratégica da gestão pública; em controles sociais mais efetivos e em melhores sistemas de parceria entre governo e o setor privado.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos, especialmente, aos monitores do projeto Redigir ECA-USP: Carolina Linhares, Daniela Bernardi, David Bitencourt, Tainá Shimoda e Vinicius Machado pela ajuda no meu aprimoramento de comunicação através da escrita. Agradeço ao professor Raphael Fresnedas, porque mostrou-me que – o pensar politicamente motiva grandes decisões humanas. Por fim, a Deus por ter colocado em nossa vida a possibilidade de ingresso na área das ciências humanas, desta forma, poderemos ajudar muitas pessoas profissionalmente como gestores públicos. Espero do fundo do meu coração, que nosso trabalho sirva de ajuda a todos que dele precisem, acreditando ser esse, também, um exercício de cidadania.

## *SUS: UNDERSTAND IT, LOVE IT OR LEAVE IT*

**ABSTRACT:** *The article presented here discuss on the topic of Public Health in Brazil. The study scope was the Health Unified System – SUS. Initially, we did a chapter on its definition and importance of a public health system in the contemporary world. In a second step, we analyzed the dilemma involving the problems generated by a*



*possible privatization of the SUS. Finally, we talked about the fact that health is a right guaranteed by the state. In this last chapter we made a comparison between Brazil and the USA. Thus, we wish to open a space for reflection on the right to life, legally guaranteed in Article 5, introduction of the Brazilian Constitution of 1988 that “assures all Brazilian people and foreigners resident in Brazil, the right to life”(BRASIL, 1988, p.3).*

**KEYWORDS:** *Privatization of Health. Public Health. SUS.*

## REFERÊNCIAS

BBC BRASIL. 2009. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/mundo/entenda-as-reformas-do-sistema-de-saude-publica-nos-eua/n1237593001879.html>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1998. 45.ed. São Paulo: Saraiva, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **DATASUS**. 2011b. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal Brasil. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/o-que-e-sus>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei 11.079/04, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 jan. 2005. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2011.

EUA. Department of Health & Human Services. 2009. Disponível em: <<http://www.hhs.gov/>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

MENDES, Áquila. **Gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semi-plena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. 80f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MONTONE, Januário (2011). <<http://congregar.web317.kinghost.net/blog/secretario-municipal-de-saude-de-sp-defende-gestao-com-oss>>. Acesso em: 11 nov. 2011. <[http://www.cepam.sp.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1099](http://www.cepam.sp.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1099)>. Acesso em: 11 nov. 2011.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

APOSTILA do Curso de Farmácia. São Paulo: Faculdade Oswaldo Cruz, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2011.

CEPAM. Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal. Disponível em: <[http://www.cepam.sp.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1099&Itemid=17](http://www.cepam.sp.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1099&Itemid=17)>. Acesso em: 12 nov. 2011.

EUA. Health Care. U.S. Department of Health & Human Services. Disponível em: <<http://www.healthreform.gov/>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

PARANÁ. Fórum Popular de Saúde. Disponível em: <<http://http://fopspr.wordpress.com/tag/ligia-bahia-cebes/>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

POTENCIAL. Pesquisas Potencial . Disponível em: <[http://www.potencialpesquisas.com/downloads/Crescimento\\_da\\_Populacao\\_brasileira.pdf](http://www.potencialpesquisas.com/downloads/Crescimento_da_Populacao_brasileira.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2011.

